

Name:
Vorname:

Straße:
PLZ/Ort:

geb. am:

Telefon privat:

Mobil:

Beruf:

Krankenkasse/Versicherung mit Anschrift:

Email:

Versicherungsnehmer:

Empfohlen durch:

A) Wegen welcher Beschwerden möchten Sie jetzt behandelt werden?

B) Frühere Erkrankungen:

Impfungen: TB / DI / Polio / Mumps / Röteln /
Masern / Tetanus / HIB / Hepatitis

Innere Erkrankungen:

Kinderkrankheiten:

Infektanfälligkeit:

Mandeln / Nebenhöhlen / Ohren / Bronchien / Lunge
Haben Sie nervtote Zähne?
Amalgam?

Herz-, Kreislauf-, Gefäß-, Blutdruckstörungen?

Erkrankungen der Bauchorgane?

Hatten Sie eine Gelbsucht?

Wann?

Verdauungsfunktion?

Stoffwechselstörungen: (z.B. Gicht – Diabetes – hohe Fettwerte)

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane:

Männl.: Prostata:

Letzte Vorsorgeuntersuchung:

Weibl.: Menstruationsbeschwerden:

Letzte Vorsorgeuntersuchung:

Geburten: Fehlgeburten:

„Pille“: Sonstige Hormone:

Erkrankungen der Wirbelsäule und Gelenke:

Unfälle:

Operationen:

Allergien:

Wurde eine Testung durchgeführt?

Sonstige Erkrankungen:

Erkrankungen des Nervensystems:

der Augen:

der Ohren:

Liegen in der Familie ernstere Erkrankungen vor:

Allergie: Diabetes: Krebs: Sonstige:

C) Allgemeines:

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg RR: _____ Hfr: _____

Ernährung:

Normalkost – Biologische Vollwertkost – Diät:

Genussmittel:

Kaffee – Alkohol – Nikotin

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Antibiotika?

Häufiger?

Wann zuletzt?

z.B. auch Abführmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel, Cortison

Wann war Ihre letzte EKG-, Labor- und Allgemeinuntersuchung?
